

# Psychopharmaka reduzieren – minimieren – komplett absetzen

## Bericht vom Workshop

VON PETER LEHMANN, ASMUS FINZEN, UWE GONTHER, IRIS HEFFMANN UND JANN E. SCHLIMME

Im Rahmen der DGSP-Jahrestagung 2016 in Berlin organisierten Peter Lehmann und Asmus Finzen den Workshop »Psychopharmaka reduzieren – minimieren – komplett absetzen«, für dessen inhaltliche Ausrichtung sie verantwortlich zeichneten. Die Podiumsteilnehmer des Workshops haben ihren dort gehaltenen jeweiligen Beitrag für Soziale Psychiatrie zusammengefasst. Aufgrund der bisherigen sträflichen Vernachlässigung der Absetzprobleme bei Antidepressiva steht der Beitrag von Iris Heffmann im Vordergrund.\*

Wenn man ein Fahrzeug startet, muss man auch wissen, wie man es wieder zum Stehen kriegt. Mit Medikamenten, insbesondere mit psychiatrischen Psychopharmaka, ist das nicht anders. Probleme beim Absetzen von Neuroleptika (NL) und Antidepressiva (AD) sind bekannt, seit diese Substanzen in der Medizin eingesetzt werden. Nach 65 Jahren nonchalantem Wegschauen kommt langsam die Diskussion um die unterlassene Hilfe beim selbstbestimmten Absetzen von Psychopharmaka in Schwung. Viele Probleme sind noch ungelöst: Weshalb gibt es immer noch keine Warnungen vor körperlicher Abhängigkeit von NL und AD? Wie können absetzwillige Ärzte, sonstige Tätige im psychosozialen System und Selbsthilfegruppen geschult werden, damit sie kompetente Hilfe beim Absetzen leisten können? Wo finden Betroffene Unterstützung, wenn sie entgegen ärztlichem Rat oder – was derzeit noch die Regel ist – alleine ihre Psychopharmaka absetzen? Wie sähe eine (teil-)stationäre Unterstützung beim Absetzen aus? Wie kommen wir dazu, dass Gerichte beim strittigen Absetzwunsch nicht nur von »Freiheit zur Krankheit« sprechen, sondern auch von »Freiheit zur Gesundheit«? Wie lassen sich kompetente und nutzerorientierte Ärzte, Therapeuten und Heilpraktiker finden?

PETER LEHMANN, ASMUS FINZEN

### Medikamente reduzieren und absetzen – Der Bremer Weg

Aus Zusammenhängen des Betreuten Wohnens und der psychiatrischen Pflege bildete sich in Bremen bereits vor Jahren eine Arbeitsgruppe mit dem Titel »Pillen Reden Therapie«. Wir erarbeiteten eine Argumentationshilfe für Betroffene und Behandelnde und wollten vermeiden, dass bei Letzteren ein Absetzdruck entsteht. Entscheidend ist beim Begleiten des Absetzens, von der Motivationslage der betroffenen Person auszugehen und Angehörige und ambulant Behandelnde einzubeziehen. Derzeit entstehen diese Projekte:

1. Unter Federführung der Inneren Mission tagt eine Gruppe von Betroffenen einmal wöchentlich, um die Fragen der Medikation und des möglichen Absetzens zu diskutieren, über Alternativen zu sprechen, sich zu vernetzen und gegebenenfalls in Krisen oder zu geplanten, besonders schwierigen Absetzsritten die Klinik aufzusuchen. Die Dauer wird auf zwei Jahre veranschlagt. Start war der 24. Oktober 2016. Begleitet wird die maximal 15-köpfige Gruppe von zwei EX-IN-Mitarbeitenden. Zu Fachfragen werden Experten eingeladen.

2. Es entsteht ein Fortbildungscurriculum durch den trialogischen Bildungsträger F.O.K.U.S. zur Information über Forschungsergebnisse und Erfahrungen zum Thema »Psychopharmaka reduzieren und absetzen« für Profis und Betroffene.

3. Zusätzlich planen wir für 2017 eine Veranstaltung mit internationalen Referenten unter Beteiligung von Experten durch Erfahrung (u. a. Mitarbeiterinnen des ADFD).

UWE GONTHER

### Psychopharmaka absetzen – Hilfen und Erfahrungsaustausch per Internet

Antidepressiva gelten als sicher und effektiv. Gerade moderne AD seien nebenwirkungsarm und wie ältere AD unproblematisch langfristig einzunehmen. Abhängig würden sie nicht machen. Mit dieser undifferenzierten Aussage fällt allerdings die physiologische Abhängigkeit (Gewöhnungsprozess des Organismus an die Substanz, zeigt sich individuell in Entzugssymptomen) zumeist unter den Tisch. Körperliche Abhängigkeit tritt wesentlich häufiger auf, ist potenziell schwerer und die Folgen halten länger an als von der Fachwelt angenommen. Das Absetzen wird vor allem mit dem Risiko eines Rückfalls assoziiert. Absetz»erscheinungen« seien selten zu erwarten und zumeist leicht und selbstlimitierend. Ein signifikanter Anteil Betroffener macht jedoch ganz andere Erfahrungen, und das Absetzen gestaltet sich äußerst schwierig und leidvoll.

Selbst kleinschrittige Dosisreduktionen können zu schwerwiegenden körperlichen, psychischen oder kognitiven Symptomen führen. Diese sind vergleichbar mit einem Benzodiazepin-Entzug (vgl. NIELSEN et al. 2012). Manchmal klappt die Reduktion relativ problemlos, doch nach null entstehen (auch zeitversetzt über Wochen, Monate) Entzugsprobleme oder langwierige Absetzsyndrome, die über Jahre anhalten können. Seit vielen Jahren finden sich dazu online weltweit immer mehr Erfahrungsberichte. Aufgrund fehlender ärztlicher Aufklärung können viele Betroffene ihren Zustand nicht einordnen. Bei körperlichen Symptomen wird zunächst oft befürchtet, nun von neuen Erkrankungen betroffen zu sein. Psychische Symptome, nicht selten auch körperliche, werden der

»Grunderkrankung« oder einer neuen psychischen Störung zugeordnet.

Wenn Betroffene sich fragen, ob ihre Symptome mit dem Reduzieren oder Absetzen zusammenhängen, oder wenn ihre entzugsbedingten Symptomatiken nicht ernst genommen werden, suchen sie immer häufiger Informationen, Unterstützung und Austausch im Online-Forum der privaten Initiative ADFD (früher Antidepressiva Forum Deutschland). Das Forum wurde 2003 von Betroffenen und Angehörigen gegründet, um über unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Absetzsymptome von AD aufzuklären. Inzwischen gibt es auch Austausch zu Benzodiazepinen und Neuroleptika. Die Initiative ist finanziell unabhängig und wird von einem ehrenamtlichen Team organisiert. Ein Ziel ist, Hilfestellungen bei der Einordnung von Symptomen sowie zu einem risikovermindernden Absetzprozess über einen längeren Zeitraum zu geben, darunter praktische Tipps zur Herstellung kleiner Dosisschritte. So sollen vor allem schwerwiegende, alltagsbeeinträchtigende Absetzsymptome oder lang anhaltende Entzugssyndrome auch nach null vermieden werden.

Außerdem stellt das ADFD kritische und unabhängige internationale Informationen sowie Verweise auf Fachliteratur und Erfahrungsberichte zur Verfügung. Ebenso wichtig ist der Austausch über alternative Maßnahmen zur Linderung oder Bewältigung körperlicher und psychischer Symptome. Im Online-Austausch wird vor allem eine große Verunsicherung vieler Betroffener aufgefangen, da ihre Symptome laut behandelnder Ärztinnen und Ärzte nicht oder nicht in dieser einschränkenden Intensität oder Dauer existieren dürften. Die größte Hilfe ist es, wenn Betroffene spüren, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine sind. Die Unterstützung untereinander und die Tipps aus Erfahrungswerten sind für viele in dieser schwierigen Zeit ein wichtiger, nicht selten der einzige Anker.

Obwohl es in der Verantwortung von Ärzten liegt, über potenzielle Absetzsymptome aufzuklären, haben die Betroffenen, die sich an das Forum wenden, zu meist keine Informationen bekommen. Viele haben nach ärztlicher Anweisung



Podium Workshop (v.l.n.r.): Jann E. Schlimme, Iris Heffmann, Peter Lehmann, Asmus Finzen, Uwe Gonther

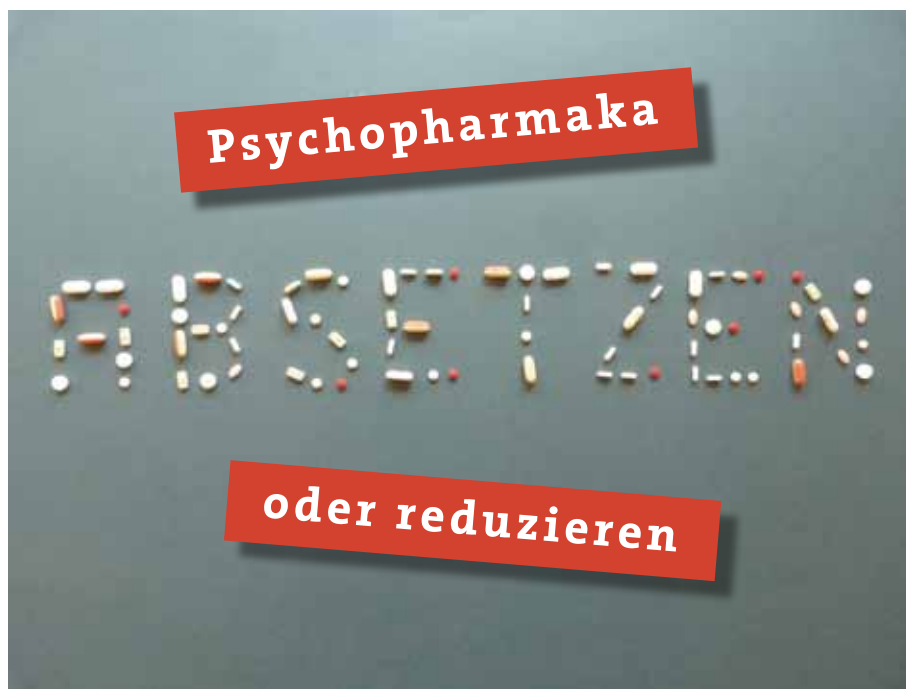
abgesetzt, innerhalb von wenigen Tagen oder Wochen (auch nach jahrelanger Einnahme!), in großen Schritten oder manchmal auch abrupt auf null (Kaltentzug). Sie rechnen in der Regel aufgrund der Verharmlosung durch Behandler und Hersteller nicht mit Schwierigkeiten. Umso größer ist die Irritation, wenn es nicht so läuft wie erwartet. Ärztinnen und Ärzte können die individuelle Dimension der Symptome oft nicht glauben und bestreiten teilweise gar deren Existenz. Nicht selten wird behauptet, bei Entzugssymptomen handele es sich in Wirklichkeit um einen Rückfall. Und selbst wenn sie erkannt werden, sitzt man sich oft ratlos gegenüber, weil es keine adäquate Therapie gibt. Entzugssymptome können die Betroffenen körperlich wie auch psychisch an den Rand der Verzweiflung treiben.

In den Fallgeschichten, auch bei anderen Online-Selbsthilfegruppen, zeigen sich wichtige Aspekte: Entzugssyndrome können tardiv (zeitverzögert) Tage, Wochen oder gar Monate später auftreten. Potenziell möglich sind prolongierte, das heißt lang anhaltende Entzugszustände – Monate, individuell auch Jahre nach null –, wobei sich sogenannte Fenster (symptomfreie/-arme Zeiten) mit symptomreichen Zeiten (Wellen) abwechseln können. Für einen Teil der Betroffenen sind nur minimale Reduktionen möglich, das heißt ein über Jahre dauernder Ausschleichprozess. Dies ist besonders anstrengend, da sich selbst bei jeder noch so kleinen Reduktion verstärkt Symptome zeigen können. Beide Zustände gleichen dem Erleben chronisch Erkrankter und

sind zum Teil extrem beeinträchtigend. Die Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen, kann erstmalig komplett verloren gehen. Es kann zu (langen) Krankschreibungen wirtschaftlichen und sozialen Folgen. Es zeigt sich auch, dass bei schwerwiegenden Absetzsyndromen eine erneute Stabilisierung trotz Wiedereinnahme von Psychopharmaka ein langwieriger, kräftezehrender Prozess sein kann.

Viele Betroffene entwickeln im Entzug erstmalig Unverträglichkeiten, u.a. für Psychopharmaka, andere ZNS-aktive Medikamente, für Narkosemittel, Antibiotika, Betablocker, Antihistaminika, Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine (u.a. B und D) oder Schilddrüsenmedikamente. Es können auch Nahrungsmittelunverträglichkeiten (u.a. Histamin) oder Allergien erstmals auftreten. Individuell werden bei einem hypersensibilisierten zentralen Nervensystem durch diese Substanzen entzugsbedingte Symptome getriggert. Ebenfalls beobachtbar ist eine hohe Anfälligkeit für unerwünschte Wirkungen, manchmal paradoxe Reaktionen auf weitere Psychopharmaka zur Bekämpfung von Entzugssymptomen. Es kommt auch zu entzugsbedingten psychischen Phänomenen, die sich oftmals als künstlich empfundene Emotionen zeigen: Angst, Panik, Aggression, Verzweiflung, depressive Symptome, massive Unruhezustände oder zwanghafte Gedanken.

Folgende zentrale Tipps sind Konsens in Betroffenenengruppen: Das Absetzen sollte von Anfang an längerfristig geplant



werden, z.B. als Jahresprojekt (kann individuell auch mehrjährig dauern) und mit kleinen Reduktionsschritten von zehn Prozent oder weniger. Stabilisierungsphasen zwischen den Reduktionsschritten sind vor allem aufgrund der potenziellen Zeitverzögerung einzuplanen, z.B. vier Wochen oder länger, je nach individueller Reaktion. Im unteren Dosisbereich müssen oftmals noch kleinere Schritte gemacht werden. Absetzsyndrome nach null lassen sich idealerweise mit der Wiedereinnahme einer kleinen Teilmenge der Dosis stabilisieren, von der aus die Betroffenen auf null gegangen sind, allerdings möglichst zeitnah, um paradoxen Reaktionen oder Unverträglichkeiten vorzubeugen. Danach kann erneut langsamer abgesetzt werden.

Methoden, um sich außerhalb von Verschreibungseinheiten zu bewegen, sind je nach Medikament die Kügelchenmethode (Auszählen von Kügelchen aus Kapseln), Kombination verschiedener Dosierungen, Wechsel auf Tropfen, Individualrezeptur oder Nutzung von Feinwaagen. Gute Erfahrungen wurden bei einigen Substanzen auch mit der Wasserlösemethode gemacht.

Viel zu viele Betroffene, die sich ihrer entzugsbedingten Symptomatik bewusst

sind, werden von den Behandlern nicht ernst genommen und alleingelassen. Trotz weitreichender Verschreibung mangelt es an Studien, an Wissen über praktikable Absetzstrategien, an einem offenen Diskurs, an verbindlichen Fortbildungen, an einem Rechtsanspruch auf Entschädigung aufgrund falscher oder unterbliebener Warnhinweise seitens der Hersteller und Anwender, an Informationen für Betroffene und Angehörige, an Verständnis und Akzeptanz von Entzugszuständen. Lokale Selbsthilfegruppen fehlen ebenso wie kompetente Institutionen. Anlaufstellen wie Suchtberatungen sind nicht über die Probleme mit AD informiert und fühlen sich für diese Form körperlicher Abhängigkeit von einer verschreibungspflichtigen Substanz nicht zuständig. Fehleinschätzungen des Entzuges können zu Dauermedikation führen (vgl. ANONYMOUS 2015) – eine höchst problematische Entwicklung und womöglich einer der größten blinden Flecken in der aktuellen Diagnose- und Behandlungspraxis. Für Betroffene und ihre Angehörigen kann das jahrelanges Leid bedeuten, das bei ausreichender Aufklärung zumindest teilweise vermeidbar wäre.

IRIS HEFFMANN

## Wer ansetzt, muss auch absetzen. Oder zumindest reduzieren

Viele Themen, die durch Neuroleptika (und Antidepressiva) nur plombiert wurden, müssen im Reduktionsprozess wieder aufgenommen werden (vgl. SCHLIMME u. BRÜCKNER 2017). Dies erfordert viel Zeit und Gelassenheit von allen Beteiligten.

In meiner »Praxis für Psychotherapie« in Berlin bieten wir neben einer psychiatrisch-fachärztlichen Betreuung sowohl psychodynamische Psychotherapie als auch eine von einer Genesungsbegleiterin und mir kooperativ geführte Recovery-Gruppe als Erzählräume an. Außerdem können erste Erfahrungen mit körperorientierten Therapieverfahren nach dem Vorbild der Integrativen Tanztherapie in den Räumlichkeiten gemacht werden. Weiterhin bestehen praktische und wissenschaftliche Kooperationen. Daneben werden über den »Verbund für Integrative Angebote Berlin« regelmäßig Supervisionen für Teams sowie zweitägige Weiterbildungen für Sozialprofis aller Berufsgruppen angeboten, auf denen wir aus der Praxis über Strategien und Grundprinzipien der Begleitung von Absetzprozessen informieren.

Schwierig ist bei diesem Themenfeld, andere fachärztliche Kolleginnen und Kollegen mit ins Boot zu bekommen. Oftmals, so scheint mir, herrscht bei manchen Sozialprofis auch eine geradezu panische Angst vor Krisen, wodurch alle gemeinsamen Suchbewegungen von vornherein vermieden werden. Genesung ist jedoch immer auch ein Wagnis, da der feste Grund und Boden ja neu aufgeschwemmt werden muss.

JANN E. SCHLIMME

## Betroffenenorientierte Unterstützung beim Absetzen von Neuroleptika und Antidepressiva

Seit 50 Jahren gibt es immer wieder einzelne Vorschläge, den Abhängigkeitsbegriff auch auf NL und AD anzuwenden. Im Vergleich mit den Entzugserscheinungen von Tranquilizern würden NL und AD bzw. deren Entzug zwar kein unstillbares Verlangen (»craving«) auslösen.

Dennoch weisen die Entzugserscheinungen auf körperliche Abhängigkeit hin (ANSARI, ANSARI 2016, S. 46 ff.; GÖTZSCHE 2016, S. 263 ff.; LEHMANN 2013, S. 21 ff.; LEHMANN et al. 2017) In der heutigen Mainstream-»Fach-«Literatur wird bei NL und AD das Risiko körperlicher Abhängigkeit totgeschwiegen. Was hindert psychiatrisch Tätige, das A-Wort auszusprechen? Müssen erst Gerichte die Hersteller und Anwender von NL und AD zu Schadenersatz (wie in den 1980er Jahren bei Benzos) verurteilen, da sie nicht vor den Risiken warnen? Wann endlich tun sie das?

Absetzwilige Betroffene sollten sich mit Voraussetzungen schützen, in denen sie ihre körperlichen Vorerkrankungen auflisten. Dass ihre Vulnerabilität durch unerwünschte Psychopharmakawirkungen nicht überfordert werden sollte, könnte den Vernunftgehalt ihres Absetzwunsches untermauern.

Im September 2016 stieß die Berliner Organisation Psychiatrie-Betroffener und Psychiatrie-Erfahrener eine Expertenrunde an, um erste Schritte zu einem Leitfaden zum kompetenten Begleiten beim Absetzen von NL und AD für psychiatrisch Tätige und für isolierte Betroffene zu machen. Beiträge sind willkommen. Auch unabhängige Studien unter wirksamer Mitwirkung von Betroffenen sind sinnvoll, um risikovermindernde Möglichkeiten des Absetzens von NL und AD zu evaluieren. Wer macht den ersten Vorschlag?

PETER LEHMANN ■

**Asmus Finzen**, Prof. Dr. med., Psychiater, Nervenarzt, Wissenschaftspublizist; ehemals lfd. Krankenhausarzt in Deutschland und der Schweiz.

**Uwe Gonther**, Prof. Dr. med., ärztlicher Direktor, AMEOS Klinikum Dr. Heines, Bremen.

**Iris Heffmann** (Pseudonym), Team-Mitglied Online-Forum ADFD ([www.adfd.org](http://www.adfd.org)), Berlin.

**Peter Lehmann**, Dr. phil. h.c., Diplom-Sozialpädagoge; Autor und Verleger in Berlin. mehr unter: [www.peter-lehmann.de](http://www.peter-lehmann.de)

**Jann E. Schlimme**, PD Dr. med. Dr. phil. M.A., niedergelassener Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin; Gastwissenschaftler an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin; Privatdozent an der Medizinischen Hochschule Hannover.

## Literatur

- ADERHOLD, VOLKMAR (2016, 30.9.) Psychopharmaka absetzen (insbesondere Neuroleptika): Wann? Wie? Wann nicht? Was dann? Wann trotzdem?, Vortrag bei der Expertenrunde »Psychexit – Auf dem Weg zum Curriculum »Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika«, veranstaltet von der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V., Berlin – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/ppt/aderhold-2016.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/ppt/aderhold-2016.pdf)
- ANONYMOUS (2015) Entzugserscheinungen beim Absetzen von Antidepressiva Typ SSRI und SNRI. Arzneimittelbrief, Nr. 49, S. 65
- ANSARI, PETER; ANSARI, SABINE (2016) Unglück auf Rezept – Die Antidepressiva-Lüge und ihre Folgen. Stuttgart: Klett-Cotta
- GÖTZSCHE, PETER C. (2016) Tödliche Psychopharmaka und organisiertes Leiden. München: Riva
- LEHMANN, PETER (Hrsg.) (2013) Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern. 4., akt. Aufl., Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag (E-Book 2013)
- LEHMANN, PETER (2016) Antidepressiva absetzen – Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen. In: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener (2016) 1, 8–11 – [www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann\\_antidepressiva-absetzen.pdf](http://www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann_antidepressiva-absetzen.pdf)
- LEHMANN, PETER; ADERHOLD, VOLKMAR; RUFER, MARC; ZEHENTBAUER, JOSEF (2017) Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Wirkungen, Niedrigdosierung und Alternativen, Berlin / Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing (in Vorbereitung)
- NIELSEN, MARGRETHE; HANSEN, EBBA H.; GÖTZSCHE, PETER C. (2012) What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. In: Addiction, Vol. 107, 900–908
- SCHLIMME, JANN E.; BRÜCKNER, BURKHART (2017) Die abklingende Psychose – Verständigung finden, Genesung begleiten. Unter Mitarbeit von B. HASE, L. ÖNAL, A. PALMER U. J. PEACH. Köln: Psychiatrie Verlag

\* Für die Einleitung sind Peter Lehmann und Asmus Finzen verantwortlich, für die namentlich kenntlich gemachten Beiträge die einzelnen Autoren und die Autorin.



**DGSP**  
Deutsche Gesellschaft für  
Soziale Psychiatrie e.V.

## Neuroleptika reduzieren und absetzen

Eine Broschüre für  
Psychose-Erfarene,  
Angehörige und  
Professionelle  
aller Berufsgruppen

**Aktuell!**

Eine wichtige Frage in der psychiatrischen Versorgung ist die Dosierung von Neuroleptika. Der trialogisch zusammengesetzte DGSP-Fachausschuss „Psychopharmaka“ hat Forschungsergebnisse und Erfahrungen zusammengetragen: Wie kann ein verantwortungsvoller Umgang mit Neuroleptika – und auch ein mögliches Reduzieren – gelingen?

Die Autorinnen und Autoren führen Beispiele an, spiegeln Erfahrungen aller Beteiligten, zeigen behutsame Wege auf, nennen Bewältigungsstrategien gegen Ängste, erklären Warnzeichen von Krisen und ermuntern zu persönlichen Checklisten.

Die Broschüre ist erhältlich gegen eine Schutzgebühr von 2,- Euro bei:

**DGSP**  
Zeltinger Straße 9  
50969 Köln  
Tel.: 0221 511002  
[dgsp@netcologne.de](mailto:dgsp@netcologne.de)

Download: [www.dgsp-ev.de](http://www.dgsp-ev.de)